

Fisura labiopalatina

*Dr. Rodrigo Coloma E.
Cirujano Pediátrico
Hospital Dr. Gustavo Fricke – Viña del Mar*

*Dra. Vivian Suárez O.
Cirujano Pediátrico
Hospital Dr. Gustavo Fricke – Viña del Mar*

I. DESCRIPCIÓN

La fisura labiopalatina es una compleja condición que abarca desde lesiones mínimas, casi imperceptibles, hasta lesiones severas que pueden provocar compromiso funcional, deformidad cráneo-facial o estar asociadas a diversos síndromes.

La asociación con otras patologías sólo ocurre en un 15% del total de casos de fisura labiopalatina.

En su gran mayoría, son niños con una sola malformación anatómica, aunque ésta puede dejar una limitación estética, generar trastornos funcionales (deglución, fonación, audición) o predisponer a infecciones respiratorias altas.

El manejo coordinado a cargo de un equipo multidisciplinario ha modificado positivamente la evolución de esta compleja enfermedad.

La interacción del paciente y su familia con cirujanos, dentistas, psicólogos, fonoaudiólogos, genetistas, pediatras y otorrinolaringólogos resulta fundamental, permitiendo mejorar los resultados.

II. MAGNITUD DEL PROBLEMA

En Chile, la fisura labiopalatina (incluyendo todas las formas clínicas) tiene una incidencia de 1 caso cada 580 recién nacidos.

Son más frecuentes en las razas asiáticas e indígenas americanas.

Alrededor de un 66% de los pacientes tienen fisura de labio y paladar, 23% fisura sólo del paladar, y 11% fisura aislada del labio.

La presentación unilateral es casi 8 veces más frecuente que la bilateral, siendo 2 veces más frecuente en el lado izquierdo.

La fisura de labio es más frecuente en hombres, mientras que la de paladar es más frecuente en mujeres.

III. MANIFESTACIONES CLÍNICAS

Según la estructura comprometida, las fisuras pueden ser de:

- Labio
- Encía
- Paladar óseo
- Velo (paladar blando)

La *fisura de labio* puede presentarse como unilateral completa, incompleta o micro forma (forma frustra o cicatricial), con o sin compromiso del reborde alveolar. Otra presentación es la fisura de labio bilateral, que puede ser simétrica o asimétrica.

La *fisura de paladar* puede ser parcial o total, según las estructuras involucradas; y unilateral o bilateral, según la relación con el hueso vómer.

La *fisura submucosa* es aquella en que el paladar se observa cerrado, pero hay falta de unión muscular en el velo, lo cual dificulta el cierre del esfínter velofaríngeo, con la consiguiente alteración de la fonación.

IV. ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS

El diagnóstico inicial de la fisura labiopalatina puede ser pre-natal (a partir de las 16 semanas de gestación), a través de una ecografía obstétrica, lo que permite informar a la familia y preparar el equipo que atenderá al paciente.

El diagnóstico definitivo, durante el período de recién nacido, es fundamentalmente clínico. La sospecha de otras malformaciones o patologías asociadas determinará la necesidad de estudios adicionales.

En ocasiones, la fisura submucosa del paladar blando se detecta recién cuando el niño comienza a hablar.

V. TRATAMIENTO

1. Manejo inicial.

Una vez establecido el diagnóstico, se informa a los padres respecto de las características de la patología y las opciones de tratamiento, así como la cobertura GES (Garantías Explícitas en Salud) y los centros acreditados para su resolución.

Es de vital importancia asegurar una adecuada alimentación del recién nacido, privilegiando la lactancia materna, ya sea logrando amamantamiento exitoso, o bien, complementándola con elementos facilitadores (mamaderas blandas y/o chupete largo). La adecuada educación de la familia permite disminuir la ansiedad y favorecer el apego.

Antes de los primeros 15 días de vida el paciente debe ser derivado al centro acreditado, según la red de atención pública o privada que corresponda.

Desde ese momento, el manejo estará a cargo de un equipo multidisciplinario que incluye cirujanos, otorrinolaringólogos, fonoaudiólogos, genetistas, odontopediatras, ortodoncistas y cirujanos maxilofaciales.

Asimismo, debe incluirse el apoyo de psicólogos, kinesiólogos y asistentes sociales.

2. Corrección del defecto.

Actualmente, el manejo puede incluir ortopedia pre-quirúrgica, desde el primer mes de vida. Por ej., la ortopedia tipo Grayson: aplicación de dispositivos que alinean progresivamente los segmentos maxilares, repositionan la premaxila y aproximan los bordes alveolares (encías).

Adicionalmente, por medio de una prolongación nasal o "gancho", se modela y reposiciona el cartílago nasal deformado y, en los casos de fisura labial bilateral, se alarga la columela.

La cirugía esta normada según la Guía GES, que establece los tiempos para la reparación del labio, nariz y, en algunos casos, el cierre del defecto alveolar (entre los 3-6 meses de edad) o el cierre del paladar (entre los 10-18 meses de edad), ambas consideradas cirugías primarias.

La cirugía secundaria se realiza a nivel de la nariz, labio, paladar blando o tercio medio de la cara, con el fin de corregir aquello que no fue posible reparar en la primera cirugía: fonación inadecuada, deformidad nasal, falta de desarrollo del maxilar superior con inversión de la mordida.

En síntesis, los tres objetivos fundamentales del tratamiento del paciente con fisura labiopalatina son:

- Correcta función del habla
- Adecuada función masticatoria
- Estética y crecimiento facial óptimos

VI. EVOLUCIÓN Y/O COMPLICACIONES

En nuestro país, gracias a la atención integral multidisciplinaria ajustada a la guía GES, el pronóstico de la fisura labiopalatina es bueno, aunque no está exenta de complicaciones.

Tras la cirugía de paladar, en un bajo porcentaje de los casos pueden presentarse fístulas de paladar o alteraciones foniatricas, al no lograrse una función de cierre adecuado del esfínter velofaríngeo; ambas situaciones son corregibles exitosamente con diversas técnicas quirúrgicas.

Los defectos alveolares requieren injertos óseos o distracciones segmentarias para obtener el sustrato necesario de eventuales implantes dentarios, en el caso de ausencia de algunas piezas. La hipoplasia del tercio medio, según su grado, podrá requerir cirugía ortognática tradicional o distracción ósea.

En definitiva, la clave para lograr buenos resultados y la satisfacción del paciente y su familia, reside en el manejo multidisciplinario a cargo de un grupo de especialistas con amplia experiencia en el ámbito de las lesiones labiopalatinas.

